

記入例

国民健康保険療養費支給申請書

＜ 海外療養費(医科・歯科) ＞

海外療養費

申請書は、入院、外来、月ごと、医療機関ごとにそれぞれ1枚必要です。

市記載欄	資格区分	一般・退職	割
------	------	-------	---

被保険者記号番号	31 - 99 - 9999	療養を受けた被保険者氏名	調布 花子		世帯主からみた続柄	続柄
療養を受けた被保険者がお持ちの医療証	乳児医療証 <input type="checkbox"/> 該当するものに○ (なければ空欄)	生年月日	S・H・R 99年9月9日		(妻)	
	<input checked="" type="radio"/> ひとり親家庭等医療証 (親)	療養期間	年 月 日から		日間	
	<input type="radio"/> 心身障害者(児)医療証 (障)		年 月 日まで			
	<input type="radio"/> 高校生等医療証 (青)					
傷病名	〇〇〇〇	治療目的での渡航でしたか?	はい・いいえ		はい・いいえ	
		※「はい」の場合は、別に「第三者行為による傷病届」を提出してください。				

療養を受けた国名	アメリカ	費用を支払った通貨名	ドル	
療養を受けた医療機関等	名称 KOKUHO HOSPITAL	必要な証拠書類	<ul style="list-style-type: none"> ■ 診療内容明細書(FormA)原本※邦訳付 ■ 領収明細書(FormB)原本※邦訳付 ■ 領収書(原本) ■ パスポート(顔写真のページと出入国の日付がわかるページのコピー) ■ 調査に関わる同意書 	
	所在地			記入不要
療養に従事した医師等	氏名			記入不要

支給申請に至った理由	具体的に事実経過を説明してください。 例:海外旅行中に骨折し、医療機関を受診した為。等	必要な書類がそろっているかチェックしてください
発病・負傷の原因等	記入不要	

療養に要した費用	百 十 万 千 百 十 点・円	記入不要
----------	-----------------	------

上記のとおり、療養の内容及び療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日
〒 182-8511

申請者住所 調布市小島町2-35-1 調布マンション506号室

氏名 調布 太郎(★1)

(世帯主)

電話番号 042-999-9999

届出者欄は郵送の場合記入不要

★1・★2は世帯主名

届出者氏名	調布 みどり	届出者電話番号	090-999-9999	世帯主からみた続柄	子	受付日付印
-------	--------	---------	--------------	-----------	---	-------

振込先	銀行名	支店名	口座番号	普通当座	1	2	3	4	5	6	7
	あいうえ銀行	調布支店	普通当座	1	2	3	4	5	6	7	

口座名義人(カタカナ)

チ ヨ ウ フ タ ロ ウ (★2)

患者ではなく世帯主の口座

※成年後見人・相続人代表など、世帯主以外の方の口座を指定する場合は、委任状が必要です。